

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einverständniserklärung



Bitte im Original per Post senden an:

Bavaria Direktmarketing & Full-Service GmbH
„Gesund schwanger“
Industriestraße 1
82140 Olching/Geiselbullach

1. Teilnahmeerklärung zum Versorgungskonzept Gesund schwanger nach § 140a SGB V

- Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen zur Vermeidung von Frühgeburten im Rahmen des Versorgungsprogramms **Gesund schwanger** nur durch diejenigen Vertragsärzte erbracht werden können, die an dem Versorgungskonzept gem. § 140a SGB V teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung ausschließlich durch die Verbundpartner vor.
- Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass ich während der Teilnahme an dem Versorgungskonzept **Gesund schwanger** nicht vertraglich gebundene Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch nehmen kann, sofern es sich um Leistungen handelt, die innerhalb dieses Versorgungsvertrages geregelt sind. Verstoße ich gegen diese Vorgabe kann meine Krankenkasse mich aus dem Versorgungskonzept ausschließen. Für alle anderen Leistungen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir die Patienteninformation ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde. Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und endet mit dem Ende der Schwangerschaft. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt. Meine Teilnahme kann ich jedoch jederzeit aus wichtigem Grund beenden. Über ein Ende meiner Teilnahme informiere ich meine Krankenkasse.
- Die Krankenkasse hat umfassend über den Vertrag, die teilnehmenden Vertragsärzte, die besonderen Leistungen und die Qualitätsstandards dieses Vertrages informiert.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

Meine Erklärung zur Teilnahme am Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen der besonderen Versorgung vergütet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten

2. Einverständniserklärung zur Verarbeitung patientenbezogener Daten

- Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass meine Daten von den in der Information zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung aufgeführten Institutionen im Rahmen der Erläuterungen zu **Gesund schwanger** unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses erhoben und verarbeitet werden dürfen und dass insoweit die an der besonderen Versorgung beteiligten Ärzte und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB entbunden sind.
- Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann.
- Für eventuelle datenschutzrechtliche Rückfragen steht Ihnen der jeweilige Datenschutzbeauftragte Ihrer Krankenkasse zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten